

## 会長講演

# 看護を語り、語り継ぎ、語り広めるための戦略 Strategies to talk about, tell, and spread nursing

林 千冬

Chifuyu Hayashi

### はじめに

第4回学術集会の会長を拝命し、最初に実施したことは、メインテーマについての企画委員会でのブレイン・ストーミングでした。企画委員は、市中病院の管理職や専門看護師、本学の大学院生、そして大学教員という多様な組み合わせ。まず出されたのは、「忙しすぎて、仲間とゆっくり看護を語り合う時間がない」、「今の新人は、先輩の体験談を聞く機会が少なくて可哀そう」という嘆きの声。それから、「忙しい中でも看護を語り合い、看護の意味を共有したい」、「先輩はもっと後輩に経験を語り、経験知を伝えてあげてもらいたい」といった提案でした。これらを受けて、メインテーマを「看護の本質を守り抜く—看護を語り、語り継ぎ、語り広める—」とすることに決めました。

「看護の本質」とはまたずいぶん大風呂敷な、と思われるかもしれませんが。しかし、少子高齢人口減少社会の進行、厳しさを増す社会保障制度改革、人々の価値観の多様化や経済格差の拡大といった社会変動の中で、看護の担い手である私たち自身でさえ、看護の本質を見失ってしまいそうな時代なのだと思います。だからこそ、「看護を語る」ことで看護職者同士がその意義や価値を共有し、後輩にしっかり「語り継ぐ」ことが必要とされているのだと思います。そして最終的には、看護の本質を社会に「語り広め」なければ、これを守り抜くことはできない。そんな危機感をもって、以下ではそれぞれについて述べていきたいと思っています。

### 1. 看護をどう語るか

私は大学で看護管理学を教えています。学部 of 学生にとって「看護管理学」とは、実に内容を類推しにくい科目名です。そこで授業の冒頭では、いつものように学生に問いかけます。

「看護管理とは、文字通り『看護を管理する』いとなみです。管理とはどういうことかをこれから学んでいきます。でもその前に、みなさんにお聞きします。『管理』の対象である『看護』とは何ですか」。

問われる学生は、初めての臨地実習である基礎実習を終えたばかりの初々しい2年生。意表を突かれて一瞬目を伏せつつも、皆がんばって語ります。その内容は、習いたてのナイチンゲールやヘンダーソンの言葉であったり、保健師助産師看護師法の看護師の定義であったり、あるいは実習で経験したエピソードであったりと様々です。

「看護」をどう説明するか、示し方はさまざまです。看護理論のように抽象化して述べることもできれば、法文を引いて説明することもできます。わかりやすいのは具体的なエピソードを語ることでしょう。私は学生に、これからの授業や実習の中で、「これぞ看護」というエピソードをたくさん貯金するように勧めています。他方、事実・現象としての看護が語られる場合と、看護の目標や可能性が理想を交えて語られる場合とがあります。これは、何のために語るのかという目的によっても違ってくるのだと思います。

つまるところ、語り方の角度はそれぞれ。学的探究の角度もそれぞれ。その時々目的に適した、かつ語り手の好みの方法を選べばよいのだと思います。

学術集会の発表の多様さにも、そのことが見て取れます。

## 2. 看護という営為をめぐって

外部者の視点から看護がどのようにとらえられるか、ある著述を紹介しましょう。

社会学者の三井は、ケアを他者の「生」を支えようとする働き方の総称だと述べています（三井, 2004, p.2；三井, 2010, p.7）。そして対人専門職とは、医療・福祉・教育・法律など様々な分野で、他者の「生」を支えることを職務とし、誰の「生」がどのように支えられるべきかを規定する人々だといえます（三井, 2010, p.30）。

では私たちは、誰の「生」を、どのように支えるのでしょうか。三井は、混雑する避難所でボランティアの看護師が、「ここに身体の弱いお年寄りがいます」と叫んで、横になるスペースを開けさせる、これを看護職者の「生」の支え方として例示しています。もちろんその看護師は、その人の身体の不調だけを見ているわけではありません。身体のつらさとともに、避難所で一顧だにされない不安と孤独を抱えているお年寄りを見出し、支えているのです。

米国看護協会が1980年に発表した「看護とは実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」という定義は有名です（日本看護協会出版会, 1984, p.24）。「反応」とは人間独自の体験であり、看護職者はこれを対象とするという見方です。ベナーは、「看護婦にとって病気と疾患ははっきり区別される。疾患diseaseが細胞・組織・器官レベルでの失調の現れであるのに対し、病気illnessは能力の喪失や機能障害をめぐる人間独自の体験である」と述べました（ベナー, 1999, p.6）。

ただし、「能力の喪失や機能障害をめぐる人間独自の体験をあつかう」という説明は、ともすれば、看護が何もかも抱え込み、看護職者の役割はすべてを包含するかのような誤解を招きます。「キュアは身体面だけを見るのに対して、ケアは身体面も心理面も社会面も……あれもこれも全部捉える」という理解では、看護職者の役割はどんどん積み上がり、無限に拡大することになります。ときにこれは「看護万能論」とでもいえるような傲慢さにつながる危険性もあり、多職種連携の障害となります。

重要なことは、看護の専門性とは、あれもこれもという足し算ではなく、三井（2010, p.47-48）が

いう「身体面と心理面・社会面とが深く絡み合っているその総体を捉える」（注・傍点筆者）ことであり、「身体面にかかわるといことが、すなわち心理面や社会面への配慮を必要とする」（三井, 2010, p.52）のだと理解すればよいのだと思います。

## 3. 「身体面にかかわる」ということ

看護学者の余は、看護師が患者の「からだ」に触れることについて、以下のように述べています。少し長い引用ですが、ぜひお読みいただきたいと思います。

「看護師が患者とかかわり合うときの接点は、じかに患者の「からだ」に触れることに始まり、「からだ」に触れることで終わる。（略）私的な関係なしに、人としての核である、「からだ」という、威厳と羞恥が一枚の紙の裏表ほどの薄さで存在している領域に入っていける特権を社会で認められているのは、看護師または看護職に属している人だけ（である）」。

「「からだ」に触れることは情緒や感情に直接入っていくことでもあるので、そのことから技（わざ）や芸術的感性が看護師の仕事の核になる。（略）見る、聞く、嗅ぐ、味わう、触れるという5つの感性のうち、画家は視覚に、音楽家は聴覚に、料理家は味覚に、そして看護師は触れることで、人の感情と感性に訴える」（余, 2009, p.37）。

私はこれらの文章を読むたび、亡き恩人の語りを思い出します。彼は、看護専門書のベテラン編集者。大手術を終えて退院したばかりだった彼は、術後の入院生活について次のように語りました。

「ふとんにくるまり、だんだん垢にまみれていく身体を感じながら、僕は本当に孤独だった。そこに看護師さんが来てね、温かいタオルで丁寧に全身を拭いてくれたんだ。その時僕ははじめて、孤独から解放された気がしたんだよ」。

当時まだ若かった私には、語りの意味がいまひとつ判然としませんでした。しかし後日、ナイチンゲールの著作に酷似したくだりがあることを知ったのです。

「皮膚を丁寧に洗ってもらい、すっかり拭ってもらった後の病人が、解放感とやすらぎに満たされている様子は、臨床で良く見かける日常の光景である。しかし、その解放感ややすらぎは、生命力を圧迫していた何ものが取り除かれて、生命力が解放された徴候のひとつである」（Nightingale, 1860：湯楨他訳、看護覚え書, 2014, p.159-160）。

#### 4. 「からだ」に触れる——医師と看護師との違い

前出の余は、医師と看護職者との違いについて、以下のように述べています。

「医師は筋肉、神経、心臓などの臓器を診察するが、患者という人の「からだ」に触れることはしない。(略) 臓器は科学の対象で、聴診器や顕微鏡という技術を使って数字や検体に変えていき。それにより、「からだ」を非人間的な情報にすり替えていくことで、患者の人間性に踏み入ることを避ける。それゆえ、患者は自分をさらけ出すことから守られる」(余, 2009, p.38)。

看護職者は医師とは逆に、患者という人のからだに触れることを通して、患者の人間性に踏み入っている。それこそが、医師との相対的な違い——看護職者の専門性だといえるでしょう。では、患者が自分をさらけ出してくれるときに、私たちはそれにどう応えているのでしょうか。それ以前に、どのような触れ方をしているのでしょうか。

三井は、看護業務についてこう述べています。看護職者は「日常業務のひとつひとつを、たとえば点滴を外すような行為ひとつも、患者さんの人生全部を知るようなかわりとして大切にしておこなう」(三井, 2004, p.98) のだと。私たちは日々の業務の中で、患者に触れる機会がたくさんあります。その一瞬一瞬を大切に、患者の全体像を視野に入れて大切に触れ、その反応に応える。ここにこそ、看護の本質があると私は思うのです。

#### 5. 限界を知り、越えるために語る

##### 1) 「人員不足」に逃げない

厚生労働省は2019年10月、看護職員(看護師、准看護師、保健師、助産師)が2025年には約6万~27

万人不足するとの推計を発表しました。もともと訪問看護などの利用者が多い都市部で不足が顕著だったものが、2025年は団塊の世代が全員75歳以上となり、社会保障費が急増する「2025年問題」も控え、看護職者はじめ医療従事者の需要はさらに高まるとみられているとの報道でした(2019年10月23日、共同通信社)。

しかし、この報道を待つまでもなく、日本は戦後一貫してずっと看護職不足の国です。表は、G7(先進7ヶ国)からイタリアとカナダを除く、5か国の医療提供体制比較です。日本の病床あたり看護師数はこの中で断トツに少なく、他国の5分の1から半分だという驚くべき実態がわかります。これによって、特に病院看護においては、看護職者の過重労働や長時間勤務が常態化し、「十分な看護ができない」「やりがいがない」といった嘆きの声が増えています(日本医療労働組合連合会, 2017)。

けれど、すべての原因を人員不足に帰するだけでよいのでしょうか。藤田は、訪問看護師の立場から、病院看護のありようを厳しく指摘しています。

「病状、治療は医師。指示通り。日常生活のことはよく知らないし関心もない。転倒、シーツを濡らすことは重大事項。介護職に分かってない!他職種への不満は慣例。ならば、看護師は何がわかっているの。(中略)忙しいから看護ができない。本当に忙しさだけが理由だろうか。看護師は何を考え、何をやるかが見失われている気がする」(藤田, 2018, p.61)。

人が足りない。時間がない。けれどそれに逃げたいはしないか。次の描写に、はっとさせられる人は少なくないでしょう。

「ある講演で、忙しいから看護ができないと盛り上がるグループワーク。じゃあ今、10分間時間が

表 医療提供体制の各国比較 (2013)

| 国名   | 平均在院日数 | 人口千人あたり<br>病床数 | 病床百床あたり<br>医師数 | 人口千人あたり<br>医師数 | 病床百床あたり<br>看護職員数 | 人口千人あたり<br>看護職員数 |
|------|--------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|
| 日本   | 32.5   | 13.3           | 17.1           | 2.3            | 78.9             | 10.5             |
| ドイツ  | 9.6    | 8.3            | 47.6           | 4.1            | 137.5            | 11.3             |
| フランス | 12.7   | 6.3            | 48.7           | 3.3            | 131.5            | 8.5              |
| イギリス | 7.7    | 2.8            | 98             | 2.8            | 292.3            | 8.2              |
| アメリカ | 6.2    | 2.9            | 79.9           | 2.6            | 359.4            | 10.9             |

出典：OECD HEALTH DATA 2014より作成

あったら、どんなことしたいですか。何ができますかと問いかける。思い浮かばなければ、時間があっても看護ができる日はこない」(藤田, 2018, p.92)。

## 2) 物語るように語る

深刻な人員不足をそのままにしてよいはずがありません。けれどももちろん、人員が充足するまで、ただ手をこまねいて待っているわけにもいきません。こういう時こそ私たちは、知恵と勇気とアイデアを出し合わねばなりません。そのために不可欠なことが、看護を語り、語り継ぎ、共有していくことなのだと思います。

「語る」といえば、現場ではカンファレンスという公式の会合を活用する例をよく聞きます。ナラティブ研修といったものもあるようです。けれど、お昼休みやふとした作業の合間など、スキマ時間をもっと有効に活用できないでしょうか。話す内容は堅苦しく考えなくてよいのです。それぞれが実現できた、実現しようと努力している、あるいは実現したいと思っている看護を語り、共有できればよいのです。心に残った看護場面について自由に語る機会を、もっともっと作っていきましょう。

その際には、聴く側の「評価」はなしです。問題点を見つけるとか考えを整理するといった堅苦しい目標もなしです。ポイントは、各自が経験したこと、つまり何を見て、何を考えどのように行動したのかを、「ありのままに」語ること。経験を「物語のように語る」ことです。これを通して、自己の看護を振り返り、再構成することができます。その中で次第に、看護の根拠や、仲間と共有したい看護援助が見えてくるのだと思います。でも、くれぐれも結果を焦らずに。まずは、語ること。それじたいが、とても大切なことなのです。

## 3) 物語は、きれいごとでも完璧でもない

看護は、患者という人の内面にかかわる仕事です。けれども現実には、きれいごとばかりではありません。例えば、どんなに心を込めてかかわっても、患者さんから拒絶されることはしばしばあります。いくら努力しても、患者さんの拒否が緩まないばかりか強まる場合さえある。もちろん、患者さんの側には何らかの理由や言い分があるはずですが、それを探り当てられない力不足を反省しつつ、でも、やっぱりつらいものです。このつらさは、看護師としてよりも

個人としての傷つきになり、わが身を守るため思わず「業務的に」関わりたくなくなってしまうことさえあります(三井, 2010)。

看護は、患者を「全人的にとらえる」のだといえます。けれど現実には、そういいきれような完璧なかわりにはできません。重い病で動けなくてもなお、せめて何か人の役に立ちたいとか、最後の望みをかなえたいとか、こうした、患者を支える看護のエピソードはどれも感動的です。しかしこれらは、とても重要ではあるけれども、困難な状況にある患者にとっては、全人的なニーズのごく一部の充足にすぎないことを、私たちは努めて謙虚に理解しておかねばならないと思います。

このように、私たちの「物語」は、決してきれいごとでも完璧でもありません。患者と看護職者という、1対1の不確実性に満ちた関係の過程を、持続可能なものにしていくために、限定された中でありとあらゆることにとりくみ、他方では、完璧にはできないことを悟るのです。こうした体験を経るからこそ、他の看護職や医療専門職とのチームワークや協働にむけて、真に動機づけられていくのだと思います。「語る」ことは、多職種が「つながる」ことにも向かっていくのです。

## 6. 看護サービスは社会から支持されるか

### 1) 診療報酬引き上げは支持されるか

私の手元にひとつのWEBサイトの記事があります。タイトルは、「診療報酬、引き上げるべき?」。医療系ニュースを配信しているサイトで実施したアンケートでした。集計の結果、医師では「Yes」94%。患者は、「Yes」42%、「No」58%というものでした。もう10年ほど前の記事で、現在は削除されていますが、診療報酬を受け取る側と支払う側とのある意味当然の結果だと感じます。

アンケートに添えられた患者側のコメントには、「まだまだ削る部分はあるはずだ」との声が多数あったといえます。まだまだ高額だといわれる開業医の報酬への疑問、経営に「ムダ」が多いといわれる自治体立病院への批判等々。「診療報酬の不正請求で不当な利益を得ている医療機関がある以上、それらの存在を無視して「引き上げ」を支持するのはいかなるものか」、「診療報酬を引き上げても、医薬品や医療機器メーカーの利益になるだけではないのか」といった声もありました。ただし、救急や小児

科、産科などへの重点評価については、患者側も賛成していました。さて、同じアンケートを看護サービスについて行ったら、どのような結果が出るでしょうか。

看護協会や看護系学会等は、看護サービスにももっと診療報酬上の評価と取り組んでいます。診療報酬改定のたびに、看護がどう評価されたかに注目します。その手法や内容についてはさまざまな考え方がありますが、少なくとも、看護サービスの価値が、経済的に正当に評価されることについては、誰も異論はないでしょう。看護職の人員配置基準や賃金労働条件を改善するためにも、費用の確保が不可欠だからです。

しかし、先述のとおり、支払い側は患者・市民です。かれらが必要性を感じ、認めてくれなければ、看護サービスにお金を出してもらうことはできない。少子高齢化と人口減少、低迷する経済、消費税増税、年金先送り等々、患者・市民の生活も厳しさを増す中、看護師の養成に、看護師の増員に、看護師の待遇改善に、人々ほどのくらいお金を出してくれるのでしょうか。社会保障制度の維持そのものものが危ぶまれている中で、「よりよい看護サービス」というものがどれほど重要だと考えてもらえているのでしょうか。いや、それ以前に、看護サービスとは何かということが、患者・市民にどこまで理解されているのでしょうか。

## 2) そもそも看護職者は何をする人か

緊急入院した40代男性の友人が、友人限定のSNSに投稿したコメントです。友人は、突然入院し、絶対安静の身になりました。そんな中で次のように書いています（注：本人の了解を得て紹介させていただいています）。

「昔は看護師さんがすべてやってくれたけど、今は、おむつを替えたりするのはヘルパーさんたちで（略）。看護師さんも同じく、治療ができる人と、その補佐をする人がいて（略）。日常の用事を看護師さんに頼むのは、かなり無理がある。ところが入院初心者には、そのシステムや誰が誰かもわからないので、混乱してしまうのだった」。

初めての入院のベッドの上から、患者にはこんな風に見えるのです。「日常の用事を看護師さんに頼むのは、かなり無理がある」という風に思われているのです。そもそも「誰が誰かもわからない」

のだそうです。絶対安静の患者です。もっとも看護ケアを受けているはずの彼にさえ、こう見えてしまうという残念な事実を、しっかり受け止めなければなりません。

もうひとつ、これも入院経験についての語りです。友人は50代の一般女性で、薬剤の副作用による食欲不振とたたかっていました。

「朝昼晩、看護師さんが『主食は何割？ おかずは何割？』と聞きにこられます。もっと食べなきゃ体力がつかないと自分でも焦っています。どれくらいがんばって食べたら、どれくらいの栄養が摂れるのかを知りたくて、『私に出されている食事は、何カロリーあるんですか？ タンパク質やビタミンはどのくらいですか？』と看護師さんに尋ねたら、ちょっと待ってくださいと立ち去って、代わりに栄養士さんという人がやってきました」。

食事摂取量の把握は、今でもあるルーチンの仕事です。けれどそれを何のために行っているのか、どのように看護ケアに活かされているのかが問われる一幕です。

## 7. 医師からのタスク・シフティング

### 1) 医師不足対策

再度、先の表（医療提供体制の各国比較）を見てみましょう。先ほどは看護職員配置に注目しました。しかし、すぐ横を見れば医師も足りない。現在、もっとも問題視されているのは医師不足です。医師不足による、医療崩壊（小松、2006）とさえ呼ばれる事態が、社会問題化しています。医師不足が“発覚”したのは、2000年の医療法改正による医師の臨床研修必修化以降です。この間にも、2002年には静脈注射が看護師の診療補助行為として解釈しなおされるなど、看護職者への業務委譲による医師の負担軽減が行われてきました。

2015年10月1日から開始された「特定行為に係る看護師の研修制度」は、そのひとつの集大成といえるでしょう。これは、保健師助産師看護師法の改正を伴い、特定行為という具体的な業務内容が、初めて省令に明記されました。法改正ではまず、これまで、医師の行う医行為であった21区分38行為が、看護師の診療の補助行為と規定されました。そして、研修を受けた看護師に限って、個別の指示がなくても包括的な指示である「手順書」により、これらを実施できることになったのです。

厚生労働省は、この制度の目的を、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくためだとしています。けれども、制度創設のための委員会委員や、検討会の座長を務めた重要人物は、この制度の目的を実に率直に述べています。

「直接のきっかけとしては（略）医師の仕事量があまりにも多すぎて、忙しすぎるという問題がありました。そこで、医師以外の、看護師さんをはじめとする医療スタッフのみなさんをお願いできる仕事があるのであればそれを（略）分担してもらっていくようなことを、もっと積極的にやっていたのではないか、という話になったわけです」（有賀、2010, p.18）。

今後この制度をどう看護サービスの質向上に活かしていくかは、私たち看護職者の課題です。しかし、制度創設の狙いが医師不足の穴埋めにあることは、まぎれもない事実だと思います。

## 2) おだてられて喜んでいる場合ではない

この制度創設の元となった、「チーム医療の推進に関する検討会報告書」の冒頭部分「看護師の役割の拡大【基本方針】」には以下のように書かれています。

「看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば『チーム医療のキーパーソン』として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい」。

「このような状況を踏まえ（中略）①看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、②看護師が実施し得る行為の範囲を拡大するとの方針により、その能力を最大限に発揮できるような環境を用意する必要がある」（2010年3月19日）。

「看護師はチーム医療のキーパーソン」だとしたこの報告書を、多くの看護職者が喜んで迎えました。けれども、それは甘いと私は思います。なぜキーパーソンなのかとよく読めば、「あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから」なのです。つまり、看護師は何でも屋で便利だから、業務委譲の相手として適任だと説明されていることにほかなりません。

## 8. 再び、看護職者は何をする人か

### 1) 「高度な医学の高度なお手伝いさん」か

こうして、「特定行為」は当面21区分38行為が認められ、研修がスタートしました。

21区分38行為の一覧をよく眺めてみてください。これらは、一気に診療の補助行為に加えられました。診療の補助行為になったということは、これらの行為は、研修を受けなくても、個別指示さえあればすべての看護師（当然、学校を出たての新人も含まれます）が実施できるということです。幸い、私の周辺で、新人看護師が特定行為を実施しているという話は聞こえてきません。けれども、法的にそれが可能になったことは事実です。

以下は、タクシー運転手さんと私との会話です。ある日、駅前から乗り込んだ私が、「神戸市看護大学までお願いします」と告げると、運転手さんは、遠慮がちに尋ねてきました。

「看護の……大学ですかあ。卒業したら、婦長さんになるんですか？」と。

私は即座に、「いいえ、フツウの看護師ですよ」と答えました。運転手さんは、しばし考え込むように沈黙しました。それから、いかにも合点がいったという風にこうおっしゃいました。「そうですかあ。医学も高度になりましたもんなあ！」

この運転手さんは、看護は、〈高度な医学の高度なお手伝いさん〉になったのだと、だから大学教育になったのだと理解したようです。それが一番わかりやすく、納得のいく理解の仕方だったのでしょうか。特定行為という、より高度な診療補助業務が看護師に任されるようになったことも、きっとこのように理解されるのだと思います。けれど、それでよいはずがありません。

### 2) 看護には看護独自のかかわりかたがある

ベテラン訪問看護師と、初めて接する認知症患者さんとの一場面です。

「「ぎゃ〜、やめろ、帰れ〜！」。一回目の点滴は断念した。（略）これほど拒むことをするのが善なのか躊躇があった。（略）薄皮がはがれるようにほんの、ほんの少しずつ女性の気持ちの間合いのようなものが、分かるようになってきた。そして、やっと短い時間なら女性に触れることが許されてきた」。

「どこかに彼女の安らかさを妨げているものはないか、眠っている女性の頭のとっぺんから口の中、

足の先までをみて触れる。(略)女性が怖がらずに受け入れられるケアはどれだろう。声をかけてそっと爪切りをあてる……」(藤田, 2018, p102-103)。

全力で拒否する患者に対し、どうにかかわりの糸口を見出そうとするベテラン看護師。彼女の目線がたどれるような、息をのむ記述です。

同じく、難しい問題を抱える患者さんについての、訪問看護師と医師とのやりとりです。

「医師からの質問。『ところで藤田さんは、病気と生活を総合してみてもう看立てるの?』(略)病気と生活を総合的に考えてどう思うなんて、看護師の看立てが頼りにされるっていいな。医師の診断が大事なように、この「看立て」が、看護師がこれからもっとも極めないといけない仕事だと思う」(藤田, 2018, p.158-159)。

看護には看護独自の「看立て」がある。共に働く中で、医師からこのような評価を受けた彼女の看護に感銘を受けつつ、ここにこそ、これからの看護の可能性があるのであるかと思うのです。医師のいう、「病気と生活を総合的に考える」という表現は、先述の三井の、「身体面と心理面・社会面とが深く絡み合っているその総体を捉える」という表現とぴったり符合します。

看護ケアには、他の専門職にはない独自の働きと効果がある。看護の「診療の補助業務」とは、診療する医師を補助するのではなく、診療を受ける患者の「生」と「生活」を支えること。看護職者は「治療・検査」そのものへの関心ではなく「治療・検査を受ける人」への関心を軸に実践するのだということを、私たち自身が自覚し、実践し、患者・家族や市民に説明していく責任があるのだと思います。

おわりに——語り、語り継ぎ、語り広めるための戦略

最後になりましたが、「戦略」について述べます。結論からいえば、あの手この手で全部、です。職場でのフォーマルな語り合いは、実りあるカンファレンスで、率直に、本音で。インフォーマルにはスキマ時間を工夫して、同僚同士で語り合い、先輩から後輩に語り継いでいきましょう。みなさん、今はどうでしょうか。看護を、失敗も苦悩も成功も含めて、熱く語っているのでしょうか。

社会に語り広めるためには、職場外のあらゆる機会を活用していきましょう。たとえば保育園や

PTAの集まり、習い事や趣味のサークルなどで、語ることができる機会は貴重です。いまや、SNSも無視できません。FacebookやTwitterを見ていると、精力的に情報発信し、信頼を集めている医師や弁護士が、大勢いることがわかります。SNSは、専門家と市民とが平場で交流できる、貴重な機会だと思います。さらに、もしも接点ができたなら、マスメディアとのご縁も大切に。しっかり語って理解者になってもらいましょう。そして、なによりも学会です。

学術集会という仕掛けを活かし、発表や質疑応答や名刺交換をとおして交流を深めましょう。学術集会こそ、語り、語り継ぐ絶好の機会です。ここでの成果を1日限りで終わらせず、来られなかった同僚にも伝えていきましょう。そして、研究や実践の成果を確実なものとして残し、社会に語り広めていくためにも、ぜひ論文化を進めていきましょう。

専門家には説明責任があります。私たち看護職者には、患者や市民に看護の本質とその有用性を説明していく責任があるのです。この学術集会が、看護を語り、語り継ぎ、語り広める、ひとつのよき機会となることを心から願っています。

#### 文献

- 有賀徹, 中村恵子 (2010), 「特定看護師 (仮称)」とは何か—新時代のチーム医療推進に向けて, 東京: へるす出版.
- ベナー (1999), 現象学的人間論と看護, 東京: 医学書院.
- 藤田愛 (2018), 「家に帰りたい」「家で最期まで」をかなえる—看護の意味を探して, 東京: 医学書院.
- 小松秀樹 (2006), 医療崩壊—「立ち去り型サボタージュ」とは何か, 東京: 朝日新聞社.
- 三井さよ (2004), ケアの社会学—臨床現場との対話, 東京: 勁草書房.
- 三井さよ (2010), 看護とケア—心揺り動かされる仕事とは, 東京: 角川学芸出版.
- 湯横他訳 (2014), フロレンス・ナイチンゲール, 看護覚え書 (改訳第7版), 東京: 現代社.
- 日本看護協会出版会編 (1984), いま, 改めて看護とは, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本医療労働組合連合会 (2017), 2017年看護職員の労働実態調査報告, 2020年1月30日閲覧 (<http://irouren.or.jp/research/078cf0cae1596clabac17d5303ac95503599b3bd.pdf>)
- 余善愛 (2009), 看護におけるものの見方・考え方, 東京: 日本看護協会出版会.